CANCER ÉPITHÉLIAL DU LARYNX

EXTIRPATION TOTALE DU LARYNX

SANS TRACHÉOTOMIE PRÉALABLE

PAR

M. CH. PÉRIER

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Extrait des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1890

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1

CANCER ÉPITHÉLIAL DU LARYNX

EXTIRPATION TOTALE DU LARYNX SANS TRACHÉOTOMIE PRÉALABLE (1)

L'opération avait été faite sans trop de peine, et le malade l'avait supportée assez bien pour qu'on pût espérer le voir guérir, lorsqu'il succomba presque subitement en état de syncope, au bout de dix-huit heures.

Voici l'histoire de cet homme. Il était âgé de 66 ans et n'était malade que depuis le mois de septembre 1888, où il avait pris froid en cours de voyage. Au retour, il commença à tousser et à avoir la voix enuverte. En mai 1889, il consulta un spécialiste qui reconnut l'immobilisation absolue de la corde vocale. L'iodure de potassium et quelques pansements procurèrent un soulagement passager. Mais le retour des accidents et leur aggravation l'engagèrent à se présenter à l'hôpital Lariboisière, où il fut admis le 16 janvier 1890 dans le service de M. Gougnenheim.

A cette date, pas d'amaigrissement ni de troubles digestifs, bon appétit; accès de toux la nuit; le sommeil n'est possible que dans la position assise.

Les poumons paraissent sains, il y a seulement quelques râles sibilants aux deux bases ; l'expiration est très prolongée et soufflante.

(1) Lu à la Société de chirurgie, seance du 19 mars 1890.

Sur l'examen laryngoscopique, M. Gouguenheim me communique les renseignements suivants que je transcris :

L'épiglotte est saine. Les aryténoïdes sont sains. Les cordes vocales supérieure et inférieure droites présentent une rougeur sombre, mais peu de gonflement.

La corde vocale inférieure gauche est envahie par une masse polypoïde proliférante en forme de chou-fleur envahissant la glotte. Les végétations occupent le ventricule gauche et repoussent par leur masse la corde vocale supérieure gauche. En bas, elles occupent l'espace sous-glottique sous forme de masse située à gauche et paraissent empiéter sur le côté droit.

A trois reprises, M. Gouguenheim enleva des fragments de tumeur, avec des pinces coupantes, les 6, 11 et 15 février.

Il y eut un soulagement marqué après les deux premières opérations; la troisième fut suivie de spasmes violents, de dyspnée intense tels qu'on se tint prêt à pratiquer la trachéotomie; mais une amélioration suffisante permit de s'en dispenser.

L'examen histologique avait démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma ; l'impossibilité d'arriver à une guérison en attaquant le mal par la voie intra-laryngienne fit songer à l'extirpation du larynx, que le malade accepta avec empressement, sans en ignorer ni la gravité ni les conséquences.

L'état général était bon; il n'y avait pas de lésions apparentes des poumons, du cœur, ni des reins, non plus que des voies digestives, en un mot aucune contre-indication de ce côté. Du côté du champ opératoire, il n'y avait ni infiltration de voisinage ni engorgement ganglionnaire.

M. Gouguenheim me confia son malade, que j'opérai en sa présence et avec le précieux concours de mes collègues, MM. Berger, Peyrot et Nélaton, le mercredi 5 mars.

Comme les ablations partielles faites par M. Gouguenheim avaient élargi la cavité du larynx ou plutôt diminué son commencement d'obstruction, que les inhalations chloroformiques avaient déjà en plusieurs circonstances soulagé le malade, nous pensâmes que l'anesthésie chloroformique serait facile et nous permettrait d'opérer sans précipitation.

Cela me fit songer à ne pas recourir à la trachéotomie préalable et à n'ouvrir les voies aériennes que le plus tard possible, en conservant la trachée tout entière, la section devant porter transversalement juste au-dessous du cartilage cricoïde, entre le larynx et le premier anneau de la trachée. L'essai sur le cadavre me fit voir que l'opération pouvait être entreprise sans témérité, et je fis confectionner par M. Collin une canule courbe à bout conique pouvant entrer dans la trachée à la manière d'un bouchon dans le goulot d'une bouteille, et devant ainsi permettre d'achever aisément l'opération, sans crainte qu'il entrât une goutte de sang dans les voies respiratoires.

Voici d'ailleurs ce qui se passa :

Le malade étant suffisamment endormi, le cou bien exposé, je fis une première incision transversale à un travers de doigt au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde ; cette incision ne comprenait que la peau et le tissu cellulaire et allait d'un sterno-mastoïdien à l'autre. Une deuxième incision, allant aussi d'un sterno-mastoïdien à l'autre, fut conduite juste au-dessous de l'os hyoïde, mais elle allait profondément jusqu'à la membrane thyrohyoïdienne, coupant transversalement tous les muscles sous-hyoïdiens qui recouvrent celte membrane. Une troisième incision allant du milieu de la première au milieu de la seconde, juste sur la ligne médiane, fut conduite profondément jusqu'aux cartilages thyroïde et cricoïde et jusqu'à la trachée ; il n'y eut à se préoccuper que de l'isthme du corps thyroïde, qui fut sectionné entre deux pinces. Alors commença la dissection, qui se fit d'abord sur un côté, puis sur l'autre, en rasant d'aussi près que possible la surface du conduit aérien, jusqu'au bord postérieur des lames du cartilage thyroïde et jusqu'au sillon de séparation droit et gauche de la trachée et de l'œsophage.

J'avais ainsi relevé deux lambeaux latéraux comprenant la peau et les parties molles sans avoir eu à pincer plus de cinq ou six vaisseaux, dont les plus gros étaient les artères laryngées supérieures, puis l'isthme du corps thyroïde.

Le squelette laryngo-trachéal ne tenait plus qu'à l'œso-

phage, au niveau de la trachée, at à la muqueusa da la paroi antériaure du pharynx, au niveau du larynx, les muscles constricteurs supérieurs du pharynx ayant été détachés da leurs insertions thyroïdienne et cricoïdienne. Le malade respirait

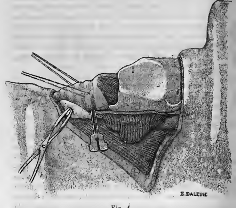


Fig. 1.

bien, et on avait la précaution de relâcher la tension du cou da temps à autre.

L'hémostasa provisoire était suffisanta pour qu'on n'eût pas à redouter de voir la saug envahir la trachéa dès qu'on ouvrirait le conduit aérien. Pour plus de sécurité, j'assayai da passer une aiguille de Cooper antre la trachée et l'œsophage, de manière à isolar la trachée comma on isole une artère avant d'an pratiquer la ligature. Ce temps, assez facila sur la cadavre, présenta chez notre malade quelques difficultés qui me le firent abandonner.

Je passai da chaque côté de la trachée au moyen d'une

aiguille courbe un fil de soie solide ne traversant qu'une partie de l'épaisseur de la paroi. Chaque fil fut noué en anse. Un aide tenant une anse de fil dans chaque main put ainsi se tenir prêt à ramener en avant la trachée dès qu'elle aurait été séparée du larynx.

En effet, j'incisai franchement en travers entre la trachée

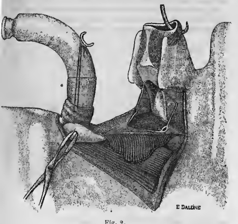


Fig. 2.

et le larynx; un aide souleva le larynx au moyen d'un tenaculum, et la section jusqu'à la paroi antérieure de l'œsophage se fit presque d'un seul coup. Aussitôt j'introduisis dans la trachée une canule conique qui la boucha complètement.

Cette canule portait sur sa convexité un petit taquet sur lequel furent enroulés les fils préalablement passés dans la trachée. Ce bouchage fut ainsi maintenu hermétique; canule et trachéo étant solidarisés, on continua facilement l'anes-

thésie par l'intermédiaire de la canule, munie à cet effet d'un tube de caoutchouc à large calibre et terminé par un entonnoir de verre.

Ceci fait, le larynx, toujours soulevé par un tenaculum, fut séparé très facilement de la paroi antérieure du pharynx, sans qu'il y eût à s'occuper de vaisseaux importants, puisqu'on opérait en dedans du constricteur inférieur du pharynx, dont les insertions au cartilage thyroïde et au cartilage cricoïde avaient été détachées. Les vaisseaux thyroïdiens restaient hors de vue, et il n'y avait plus qu'à décoller la

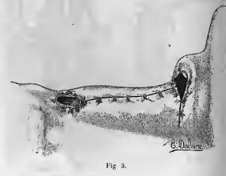


Fig. 3.

muqueuse pharyngienne de la face postérieure du larynx, à laquelle elle ne tient que par un tissu cellulaire lâche. L'épiglotte étant saine fut laissée en place, après section de la membrane thyrohyoïdienne. Je coupai avec des ciseaux les grandes cornes du cartilage thyroïde; enfin, la séparation du larynx fut complète lorsque j'eus coupé la muqueuse au niveau du bord libre des replis aryténo-épiglottiques. Le pharynx ne communiquait avec la plaie que par le contour de l'orifice supérieur du larynx, tandis qu'en bas la trachée subsistait tout entière, n'offrant qu'une seule ouverture, son

orifice supérieur, en ce moment surmonté par la canule.

Après hémostase définitive au moyen de quelques ligatures au catgut, la trachée, débarrassée de sa canule, fut suturée directement à la peau. La demi-circonférence antérieure fut réunie à la lèvre inférieure de l'incision transversale pratiquée au commencement de l'opération à ce niveau ; la demi-circonférence postérieure fut suturée à la lèvre supérieure de cette même incision. L'ouverture du pharynx fut suturée de la même manière par moitié aux lèvres de l'incision transversale supérieure. Enfin, les lèvres de l'incision médiane verticale furent suturées directement l'une à l'autre ; même chose fut faite aux extrémités des incisions transversales à droite et à gauche des orifices de la trachée et du pharynx.

L'opération terminée, il existait deux orifices : l'un béant, annulaire, au-dessus de la fourchette sternale, l'orifice de la trachée ; l'autre, en forme de bouche, sous le menton et s'ouvrant dans le pharynx derrière l'épiglotte conservée et qui pouvait se rabattre sur lui en guise d'opercule dans les mouvements d'élévation de l'os hyoïde.

Dans cet orifice, je plaçai une sonde œsophagienne. L'orifice de la trachée fut laissé béant, sans canule, et simplement recouvert d'un morceau de gaze antiseptique au salol. Au-dessus, pansement au chloral. Après l'opération, le malade a vite repris toute sa connaissance. Jusqu'à trois heures de l'après-midi environ, il a eu de fréquentes quintes de toux. Le pansement fut changé ; il était imbibé de sang, mais en assez faible quantité. Le malade fut enveloppé d'ouate pour lui permettre de rester assis dans son lit, sans se refroidir.

De 3 à 6 heures, les quintes ont à peu près cessé, il est calme. Je le vois à 6 heures et demie, il ne souffre pas ; la température est de 38°,5, sa respiration paraît libre, le pouls n'atteint pas 100°, mais présente quelques irrégularités. A partir de 8 heures, les quintes reparaissent et persistent jusqu'à minuit, et recommencent à s'espacer. A deux heures et demie de la nuit, la surveillante, qui le veillait attentivement, le voit pâlir et cesser de respirer ; la mort

survint en quelques minutes sans signes précurseurs ; il n'y eut à aucun moment apparence de cyanose.

Le malade mort, le pansement a été enlevé immédiatement ; il était peu taché de sang, l'orifice trachéal était parfaitement libre.

A l'autopsie, faite le lendemain, les viscères ne présentent aucune lésion notable. La trachée et les bronches sont absolument libres. Tout autour de la trachée et des bronches, les ganglions lymphatiques sont hypertrophiés.

La plèvre est saine. Les poumons sont souples. Le poumon droit présente seulement un point assez limité de congestion vers sa base. Les cavités cardiaques sont dilatées. Les valvules sont tout à fait normales.

Foie et rein normaux. Rien à l'intestin. Pas d'hypertrophie ganglionnaire dans l'abdomen.

Examen anatomique. — Tout le côté gauche du larynx est envahi par une masse végétante à contour arrondi, remplissant le ventricule, s'arrêtant juste à la ligne médiane, qu'elle avait semblé déborder lors de l'examen laryngoscopique, descendant jusqu'à un centimètre du bord inférieur de l'anneau cricoïdien.

L'examen histologique a été fait au laboratoire du professeur Cornil, par M. Toupet, qui m'a transmis la note suivante :

« Muqueuse du larynx hypertrophiée passant au-dessus de la tumeur.

« Immédiatement au-dessous, lobules composés d'épithélium pavimenteux stratifié. Au milieu des petits lobules, globules épidermiques très nets. Au milieu des gros lobules, amas de cellules cornées paraissant se détacher assez facilement. A certains endroits, elles sont tombées et laissent des lacunes.

« Les glandes, en certains points, ont conservé leur épithélium clair, caliciforme ; dans d'autres endroits, elles ont de l'épithélium cubique. »

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 146.6.90.